2015D02224

Lijst van vragen

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 24 november 2014 inzake aanbieding RIVM-rapport Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting (Kamerstuk 32 620, nr. 141).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Nr.	Vraag
1	Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. Echter, in hoeverre acht de Staatssecretaris dit een indicator voor de daadwerkelijke gezondheidstoestand van mensen?
2	Het RIVM geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. In hoeverre is het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid objectief?
3	Het RIVM geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. In hoeverre wordt het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid mede bepaald door hun opleidingsniveau? Wanneer het eigen oordeel beïnvloed wordt door het opleidingsniveau kunnen grote vraagtekens geplaatst worden bij de bruikbaarheid van deze indicator. Kan de Staatssecretaris hierop ingaan?
4	Het RIVM benoemt de criteria die gebruikt zijn bij de keuze van de index. Hier staat niet bij dat de gehanteerde index objectief moet zijn. Waarom wordt geen belang gehecht aan de objectiviteit van de index? Welk nut heeft een subjectieve index voor het maken van beleidsbeslissingen?
5	Voor de toekomst beveelt het RIVM aan om sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting (SEVGL) mede gebaseerd op andere indicatoren te berekenen. Echter, op dit moment zijn er meerdere oorzaken waarom deze indicatoren niet gebruikt kunnen worden (o.a. lage respons en nog niet veel cijfers beschikbaar). Op welke manier worden deze oorzaken verholpen, zodat het in de toekomst wel mogelijk is om op een verantwoorde manier deze indicatoren te berekenen?
6	Waarom en door wie is besloten tot het opstellen van deze nieuwe index?
7	De twee rapporten (het tussenrapport en het eindrapport) worden gebruikt voor concretisering van de ambities van de Staatssecretaris op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Wanneer is deze concretisering van ambities gereed, welke vorm zal deze krijgen en wanneer zal de geconcretiseerde ambitie naar de Kamer worden gestuurd? Zal hierbij het door het RIVM gedane voorstel qua indicatoren e.d. één op één overgenomen worden of worden hierin keuzes gemaakt?
8	Als deze voorgestelde index wordt gehanteerd, is het dan nog (goed) mogelijk de cijfers uit voorgaande jaren naast de nieuwe cijfers te zetten en deze met elkaar te vergelijken?
9	Als de nieuwe index wordt gehanteerd in plaats van de «oude» werkwijze gaan er dan gegevens verloren? Worden bepaalde metingen onderbroken/stopgezet?
10	Wat betekent de wijziging in manier van werken/berekenen voor de verschillen op de gezondheidsindicatoren tussen lage sociaaleconomische status (SES) en hoge SES? Wat is de verwachting, zullen de verschillen in scores tussen de hoge SES- en de lage SES-groepen toenemen of afnemen door deze nieuwe manier van berekenen? Kan de Staatssecretaris dit toelichten?
11	Zijn de keuzes voor indicatoren en manieren van berekenen vooral gemaakt om de resultaten makkelijker met gegevens uit het buitenland te kunnen vergelijken? Of zijn de keuzes voor indicatoren en manieren van berekenen vooral gemaakt vanuit de beperkingen die de huidige data laten zien?

Nr.	Vraag
12	De Staatssecretaris geeft aan dat hij dit rapport meeneemt om zijn ambitie op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) te concretiseren. Het RIVM geeft echter aan dat er op dit moment niet voldoende gegevens beschikbaar zijn om de benodigde aspecten van gezondheid te belichten. Is het daarom niet voorbarig om op basis van onvolledige indicatoren beleidsbeslissingen te nemen? In welke zin houdt de Staatssecretaris hier rekening mee bij de eventuele vormgeving van beleid?
13	Het RIVM moet de trend nog berekenen. Deze berekening wordt begin 2015 verwacht. Kan de Staatssecretaris dit nader concretiseren? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?
14	Hoe wordt «maatschappelijke positie» gedefinieerd?
15	Hoe wordt «sociaaleconomische status» gedefinieerd?
16	Op welke termijn kan het RIVM aangeven welke maatregelen effectief zijn in het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Hoe gaat dit zich uiten in de praktijk?
17	Waarom wordt pas in de toekomst rekening gehouden met de gegevens die in lijn zijn met wat internationaal gebruikelijk is? Is het niet de essentie van deze monitor om te kunnen bepalen hoe Nederland ten opzichte van andere landen presteert in het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?
18	Waarom is ervoor gekozen de bevolking naar sociaaleconomische positie in te delen in echelons van 20%? Zijn juist de verschillen in de onderste lagen niet dermate groot dat een verdere differentiëring noodzakelijk is? Waarom wel? Waarom niet?
19	Als kernindicator wordt «het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid» als maat gehanteerd. Is bekend hoe het eigen oordeel van mensen en de daadwerkelijke eigen gezondheid van mensen zich tot elkaar verhouden?
20	In het rapport wordt aangegeven dat de resultaten van deze opdracht van belang zijn voor bijvoorbeeld het Nationaal Preventie Programma. Het Nationaal Preventie Programma is in 2014 gestart en loopt tot 2016. Op dit moment is het RIVM-onderzoek nog in een tussenfase. Wanneer is het rapport/onderzoek voltooid? Is dit op tijd om de resultaten nog mee te nemen in het Nationaal Preventie Programma? En zo ja, hoe worden deze resultaten dan in het Nationaal Preventie Programma meegenomen?
21	Hoe hebben momenteel in het Nationaal Preventie Programma sociaaleconomische gezondheidsverschillen een plaats? Wat zijn de belangrijkste verschillen gekeken naar de definiëring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen ten opzichte van het voorliggend onderzoek?
22	Er zijn vijf criteria voor de keuze van de index geformuleerd. Het vierde criterium is «de index weerspiegelt de sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting in de totale bevolking». Hoe verhoudt dit criterium zich tot de zin in de conclusie (p. 19) «in eerste instantie zal daarbij de bevolking in instellingen buiten beschouwing worden gelaten»? Als deze groep buiten beschouwing wordt gelaten, geven de resultaten dan niet een vertekend beeld van de werkelijkheid? Aanbevolen wordt een methode te ontwikkelen om deze groep op termijn wel mee te nemen. Wanneer gaat deze ontwikkeling plaatsvinden? Aangegeven wordt dat gegevens over de sociaaleconomische status van verpleeghuispatiënten moeilijk te verkrijgen zijn en dat nader onderzoek nodig is. Gaat een onderzoek plaatsvinden onder deze kwetsbare groep? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

Nr.	Vraag
23	Wanneer worden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen bestempeld als te groot? Is dat een politieke afweging of komt dit voort uit internationale vergelijking?
24	Er heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden, een literatuurlijst ontbreekt. Op welke bronnen is het tussenrapport gebaseerd?
25	Aangegeven wordt dat het «vanuit beleidsoogpunt wenselijk is dat bij vermindering van SES-verschillen in de bevolking ook de indicator voor de sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting lager wordt». Kan de Staatssecretaris deze zin duiden?
26	Waarom wordt niet direct rekening gehouden met de nieuwe manier van kijken naar gezondheid, het zonder beperking kunnen deelnemen aan activiteiten zoals werk, school en het dagelijks leven? Per wanneer worden deze «alternatieve» gezondheidsmaten meegenomen in de analyse? Kan dat op korte termijn worden verwacht?
27	Kan de index straks worden uitgesplitst naar leeftijd, regio en etnische achtergrond?
28	Er wordt gekozen voor een aantal (drie) indicatoren die in Europa worden gebruikt, omdat deze het alle drie waard zijn om berekend te worden. De indicator «levensverwachting in goede geestelijke gezondheid» lijkt als aparte maat vervallen te zijn en wordt ook niet als aparte toekomstige index benoemd. Kan de Staatssecretaris toelichten waarom deze maat is komen te vervallen? Is dat alleen omdat deze maat internationaal weinig gebruikt wordt; is deze indicator het dan dus (blijkbaar) niet waard om berekend te worden?
29	Zijn alle gegevens die noodzakelijk zijn voor de berekening van sociaaleconomische gezondheidsverschillen beschikbaar? Worden zij standaard al verzameld? Waaruit blijkt dat deze cijfers eenduidig zijn?
30	In hoeverre is de Staatssecretaris van mening dat de index wordt berekend aan de hand van de meest actuele gegevens? Welke trade-off is er gemaakt tussen actualiteit en uitvoerbaarheid? Hoe verhoudt zich de actualiteit van gegevens tot de doelstellingen omtrent sociaaleconomische gezondheidsverschillen in het Nationaal Programma Preventie?
31	Hoe wordt het gemis van gegevens over mensen die in instellingen wonen ondervangen?
32	Verschillende indicatoren zouden op dit moment (of op korte termijn) nog niet zinvol zijn om te berekenen, onder andere vanwege het feit dat de vraag in onderzoek nog maar kort wordt gesteld of met een lage respons. Voor de toekomst wordt de indicator wel aanbevolen. Kan de Staatssecretaris aangeven op welke termijn deze indicatoren dan wel worden aanbevolen? Waar hangt dit vanaf? Worden deze te zijner tijd dan ook daadwerkelijk meegenomen?
33	Op langere termijn moet de keuze voor «opleiding» als indicator heroverwogen worden. Wordt nu uiteindelijk «inkomen» als meest geschikt alternatief voor de toekomst genoemd? Waarom wordt de indicator «opleiding» heroverwogen? Waarom kunnen niet beide indicatoren gezamenlijk worden gebruikt? Welke voor- en nadelen spelen in deze overweging? Wanneer gaat deze heroverweging plaatsvinden?
34	Hoelang zal het duren tot de overgang van de index op dit moment naar de toekomstige, gewenste index gemaakt wordt?